



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Efectividad de un programa educativo en el
incremento del nivel de conocimientos acerca de los
efectos post operatorios inmediatos de los pacientes
quirúrgicos del Hospital Militar Central, 2005**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro
Quirúrgico

AUTOR

Raquel CASTRO CONDORI

Lima, Perú

2005



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Raquel C. Efectividad de un programa educativo en el incremento del nivel de conocimientos acerca de los efectos post operatorios inmediatos de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central, 2005 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2005.

DEDICATORIA

A Dios, porque me recuerda que es lo realmente importante y me da fuerzas para seguir en este camino.

A mis seres queridos:

Padres y hermanos por su apoyo incondicional para la realización del proyecto de investigación

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento por la colaboración y apoyo brindado para la culminación de este proyecto a mis amigos de estudio y trabajo.

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE CUADROS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
PRESENTACIÓN	xi
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
A. Planteamiento y Delimitación del Problema.	1
B. Formulación del Problema	4
C. Objetivos General	4
D. Propósito	5
E. Justificación	5
F. Marco Teórico	6
1. Antecedentes del Estudio	6
2. Base Teórico Conceptual	9
G. Hipótesis	35
H. Definición Operacional de Términos	36
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	37
A. Tipo de Estudio	37
B. Descripción del Área de Estudio	37
C. Población y Muestra	39
D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	40
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos	40
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos	41
G. Consideraciones Éticas de la Investigación	41

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
 CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y REOMENDACIONES	 54
Conclusiones	54
Limitaciones	55
Recomendaciones	55
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 56
 BIBLIOGRAFÍA	 58
 ANEXOS	 60

ÍNDICE DE CUADROS

N° CUADRO	TITULO	PÁGINA
1.	Efectividad de un Programa Educativo en el incremento de conocimientos acerca de los efectos post – operatorios inmediatos de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central Lima - Perú, 2005.	44
2.	Nivel de conocimientos sobre cambios cardiorrespiratorios en el Post Operatorio inmediato de los pacientes quirúrgicos antes y después del programa educativo, Hospital Militar Central Lima - Perú, 2005.	45
3.	Nivel de conocimiento sobre cambios gastrointestinales en el Post operatorio inmediato de los pacientes quirúrgico, antes y después del programa educativo, Hospital Militar Central Lima - Perú, 2005.	46
4.	Nivel de conocimiento sobre cambios renales y urinarios en el post operatorio inmediato de los pacientes quirúrgicos, antes y después del Programa Educativo, Hospital Militar Central Lima - Perú, 2005.	48

N°	TITULO	PÁGINA
CUADRO		
5.	Nivel de conocimiento sobre cambio de la piel y tejidos en el Post operatorio inmediato de los pacientes quirúrgicos antes y después del Programa Educativo, Hospital Militar Central Lima - Perú, 2005.	50
6.	Nivel de Conocimiento sobre cambios sensoriales en el Post Operatorio inmediato de los pacientes quirúrgicos, antes y después del Programa Educativo, Hospital Militar Central Lima - Perú, 2005.	52

RESUMEN

AUTORA: Lic. RAQUEL CASTRO CONDORI

Licenciada en Enfermería del Hospital Militar Central

OBJETIVO: Determinar la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre los efectos post operatorios inmediato a los pacientes quirúrgicos en el Hospital Militar Central 2005.

METODOLOGÍA: Estudio cuasi experimental y de corte transversal.

La población de estudio estuvo conformado por pacientes programados para la intervención quirúrgica, con anestesia general siendo un número de 20 pacientes.

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario para identificar los conocimientos que tienen los pacientes antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, sobre los efectos post operatorios.

RESULTADOS:

Del análisis de los datos generales del instrumento se puede decir que el grupo de pacientes que se tomó como muestra del Hospital Militar Central, que el 50% de la población tienen entre los 18 – 30 años, el 60% tiene grado de instrucción superior técnica, el 55% proviene de la Sierra y el 60% se van a operar por primera vez.

CONCLUSIÓN:

El programa educativo es significativamente efectivo en el incremento del nivel de conocimientos acerca de los efectos post – operatorios inmediato de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central.

El nivel de conocimientos, acerca de los efectos post operatorios inmediatos de los pacientes después del Programa Educativo es de medio alto, sin encontrar un conocimiento bajo.

Predomina el conocimiento medio y bajo en las dimensiones referidas a los efectos anestésicos y al manejo del útero, y en el manejo de la herida operatoria se observó un nivel de conocimiento alto.

PALABRAS CLAVE: Programa Educativo, Paciente, Conocimiento.

ABSTRACT

AUTHOR: Lic. RAQUEL CASTRO CONDORI

Lawyer in Infirmary of the Central Military Hospital

OBJECTIVE: To determine the effectiveness of the educative program in the increase of knowledge on the operating effects post immediate to the surgical patients in Central Military Hospital 2005.

METHODOLOGY: Experimental study cuasi and of cross section.

The study population was conformed by patients programmed for the operation, with general anesthesia being a number of 20 patients.

The technique of the survey was used and like instrument the questionnaire to identify the knowledge that have the patients before being put under an operation, on the operating effects post.

RESULTS:

Of analysis of general performances of instrument can to say that group of patients that was taken as it shows of the Central Military Hospital, that 50% of the population have between the 18 - 30 years, 60% has technical level of training superior, 55% come from the Mountain range and 60% are going away to operate for the first time.

CONCLUSION:

The educative program is significantly effective in the increase of the level of knowledge about the effects post - operating immediate of the surgical patients of the Central Military Hospital.

The level of knowledge, about the immediate operating effects post of the patients after the Educative Program is of average stop, without finding a knowledge low.

The average and low knowledge in the dimensions referred to the anesthetic effects and the handling of the uterus predominates, and in the handling of the operating wound a level of high knowledge was observed.

KEY WORDS : Educative, Patient program, Knowledge.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación, se ubica dentro del contexto de la línea asistencial donde se evidencia la efectividad de un programa educativo con el paciente post - operado, porque permite su participación en su autocuidado, y a la vez fortalece la relación enfermera – paciente.

Los grandes avances en conocimiento de la etiopatología y en el tratamiento de algunas enfermedades, han disminuido la necesidad de procedimientos quirúrgicos, sin embargo existe un numero no desdeñable y muy significativo de pacientes en los cuales se debe recurrir al tratamiento quirúrgico, el mismo que implica tres etapas pre, trans y post operatorio.

El periodo post-operatorio empieza una vez terminado el acto quirúrgico, cuando el paciente es llevado a la Unidad de Cuidados post - Anestésicos donde presenta los efectos post operatorios que involucra los cambios Respiratorios, Circulatorios, Fisiológicos y Psicológicos, propios de la intervención quirúrgica y la Anestesia.

En este periodo, la enfermera es responsable de la recuperación del paciente y a través de la educación, puede lograr su participación efectiva y contribuir en su pronta recuperación efectiva y contribuir en su pronta recuperación, disminuyendo las complicaciones de la Falta de Conocimiento.

Así surge la necesidad de investigar cual es la efectividad de un programa educativo en la modificación de conocimientos sobre los efectos post operatorios inmediatos de los pacientes Quirúrgicos del Hospital Militar central, 2005, con el propósito de disminuir los efectos negativos es su recuperación post anestésica, contribuyendo en la recuperación oportuna y satisfactoria del paciente post operado.

Así como establecer este programa educativo como parte de un protocolo que debe realizar el profesional de enfermería en todo paciente quirúrgico.

El presente estudio de investigación es de tipo experimental y esta estructurado en cuatro partes o capítulos:

Capitulo I, Introducción, que incluye planteamiento, delimitación, formulación del problema, objetivos, propósito, justificación, marco teórico, hipótesis, definición operacional de términos y operacionalización de la variable.

Capitulo II, MATERIAL Y MÉTODOS, donde se menciona el tipo y nivel de investigación, descripción de la sede de estudio, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, recolección y procesamiento de datos, y consideraciones éticas de la investigación.

Capítulo III, RESULTADOS Y DISCUSIÓN, donde se presenta, analiza e interpreta los hallazgos.

Capítulo IV, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES y finalmente Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En los pacientes post operados inmediatos, las complicaciones mas frecuentes son las del sistema respiratorio, como las atelectasias, ventilación inadecuada e hipoxia, así como las hemorragias post operatorias. Y en caso de enfermedades coronarias como el shock cardiogénico, arritmias cardiacas.

En nuestro país la complicación en el postoperatorio inmediato según estudio del HNERM, en Lima Perú la incidencia es por shock cardiogénico en un 15%, seguido de las arritmias cardiacas, a mortalidad operatoria de 4.8% por shock cardiogénico. (1)

El post operatorio comienza cuando acaba la intervención quirúrgica, la primera fase caracterizada por la recuperación inicial, en el cual se presenta cambios en los diferentes órganos y sistemas por efecto de la anestesia y denominada el post operatorio inmediato, requiere de 24 horas hasta 48 horas para recuperar la función cognoscitiva y la habilidad motora hasta los niveles pre-anestésicos según indica Beare P. Myers.(1993), en esta etapa el paciente debe

recibir los cuidados que eviten desequilibrios y descompensaciones a que predisponen los riesgos de la cirugía realizada y el tipo de anestesia empleada. (2)

Cuando el paciente quirúrgico no está informado bien sobre su intervención quirúrgica antes de ingresar a sala de operaciones refiere sentir temor a la muerte y a lo desconocido y al despertar de la anestesia se encuentra, desorientado con manifestación de ansiedad, refiriendo dolor de la zona operada, hablando e intranquilo y en otros casos con llanto de impotencia por la limitación del movimiento sobre todo de la extremidades.

El profesional de enfermería debe sustentar que las medidas de auto cuidado adoptados por el paciente depende de la educación que se le brinda, a través de técnicas que le permitan intervenir de forma oportuna y garantizar la calidad del cuidado de enfermería.

Siendo enfermería una profesión cuya función es ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de establecer y/o mantener su bienestar, la educación se convierte en una herramienta esencial para el profesional de enfermería debido que a través de ella se puede lograr un cambio positivo del paciente.

En este sentido el profesional de enfermería precisa aplicar la educación, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar al enfermo y hacerle sentir seguro en el momento en que se encuentre.

En el Hospital Militar Central, se ha podido observar que el profesional de enfermería que labora en las Unidades de Cirugía, donde el paciente recibe los cuidados preoperatorios tiene muy poca comunicación con los pacientes y no brindan educación, sobre los cuidados post operatorios, sobre todo en lo referente a la preparación psicológica, limitando solo a cumplir acciones de enfermería como terapéutica y aspectos administrativos entre otros, debido probablemente al escaso numero de personal y a la falta de programas educativos estructurados en los servicios que favorezcan el incremento de conocimientos basado en la teoría cognoscitiva así mismo el personal que recepciona al paciente en la antesala de sala de operaciones no educa al paciente sobre su participación en el post operatorio, limitándose solo a decirle en el mejor de los casos “tranquilidad”, “no se preocupe”, “si Ud. pone todo de su parte todo va salir bien”, entre otros.

Por todo lo anteriormente mencionado se hace necesario, no sólo proporcionar cuidados post operatorios a los enfermos que han sido sometidos a un acto quirúrgico, sino que además es necesario educarlos para incrementar sus conocimientos que lo ayudaron a disminuir el estrés y alteraciones causados por la intervención quirúrgica y la anestesia llegándose a plantear.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad de un programa educativo en el incremento del nivel de conocimientos acerca de los efectos post operatorios inmediatos de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central 2005?

C. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre los efectos post operatorios inmediato a los pacientes quirúrgicos en el Hospital Militar Central 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la significancia del programa educativo.
- Identificar los conocimientos sobre los efectos post operatorios inmediato de los pacientes quirúrgicos antes de la aplicación del programa educativo.
- Identificar los conocimientos sobre los efectos post operatorios inmediatos de los pacientes quirúrgicos, después de la aplicación del programa educativo.

D. PROPÓSITO

Con los resultados del trabajo de investigación se implementará en el servicio de cirugía, un programa educativo al paciente que será intervenido quirúrgicamente mejorando sus conocimientos para disminuir los efectos negativos en su recuperación post anestésica. Contribuyendo en la recuperación oportuna del paciente post operado.

De esta forma el aporte permite al profesional de enfermería, desarrollar técnicas que puedan ayudar al paciente a sobrellevar mejor el post operatorio inmediato. Estableciéndose como un protocolo que debe realizar el profesional de enfermería en todo paciente quirúrgico.

E. JUSTIFICACIÓN

Los cuidados de enfermería en el periodo de post operatorio inmediato se dirigen al restablecimiento del equilibrio fisiológico, la prevención del dolor y complicaciones, los cuales serian mejor manejados si es que se brindara educación previa sobre los efectos de la intervención quirúrgica y como es que el paciente puede intervenir en su auto cuidado en el post operatorio inmediato que favorezca el logro de un cuidado de enfermería de calidad.

De allí la importancia de desarrollar programas educativos en pacientes que van ha ser intervenidos quirúrgicamente, midiendo su eficacia.

F. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

ESTUDIOS REALIZADOS EN EL PERÚ

Benavides Silva Erika del Carmen, en Lima, el 2005 realizó una tesis presentada para optar el grado de Licenciada en Enfermería UPCH Titulado “Influencia de un programa educativo sobre prevención de úlceras por presión en el nivel de conocimientos de los familiares del adulto mayor postrado en cama, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima Perú 2005”. Con el objetivo de determinar la influencia de un programa educativo sobre prevención de úlceras por presión en el nivel de conocimiento de los familiares del adulto mayor postrado en cama utilizando el método descriptivo llegando a la siguiente conclusión:

“Después del programa educativo el nivel de conocimiento en los familiares del adulto mayor postrado en cama mejoro con la aplicación del programa educativo en un 19.7%, influyeron en el nivel de conocimiento, la edad, grado de instrucción y grado de parentesco, se observa que con mas cercanía de parentesco, mayor interés de aprendizaje, como se puede ver en los esposos-as 27.7 % y en los hijos 19.4% (3)

Morales Gonzáles Sara, en Lima 1996, realizo una tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería en la UPCH, titulado “Efectividad de un programa educativo de enfermería a los padres en el cambio de conocimientos frente al cuidado del niño asmático en el

Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS”, febrero 1996, con el objetivo de evaluar la efectividad del programa educativo a los padres de niños menores de 14 años en el cambio de conocimientos en el cuidado del niño asmático y con el propósito de contribuir a mejorar el estilo de vida del niño a través de la educación de los padres a fin de espaciar la crisis asmática, utilizando el método cuasi-experimental prospectivo y longitudinal, llegando a la siguiente conclusión:

“Después del programa educativo hubo modificación de conocimientos sobre el asma bronquial, el tratamiento y los cuidados que requiere el niño asmático, esto se comprobó estadísticamente demostrando la efectividad del programa, no se encontró cambios significativos en el conocimiento de factores condicionantes de crisis asmáticas en el grupo experimental” (4).

Infantes Herrera, Lourdes Brígida, en Lima 1998, realizó una tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería en la UPCH, titulado “Influencia de un programa educativo brindado por la enfermera, sobre hipertensión arterial, complicaciones y medidas higiénico dietéticos a pacientes de consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, con el objetivo de mostrar el valor de la función Educativa, asistencial y científica de la enfermera, sobre todo en el nivel preventivo, promocional de la salud, al medir la influencia de un programa educativo brindado por la enfermera, utilizando el método casi-experimental prospectivo y de corte longitudinal, llegando a la siguiente conclusión:

“El programa educativo se logro un nivel de conocimientos aceptables de los pacientes sobre su enfermedad, complicaciones y medidas higiénico-dietéticos que se refleja en los resultados óptimos obtenidos. Comprobándose así la hipótesis alterna, no se encontró influencia de los factores edad, sexo y estado laboral en el nivel de conocimientos alcanzados por el paciente hipertenso” (5).

Aguirre Cocha Karin Patricia, en Lima 2002, realizó una tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería en la UPCH titulado “Influencia de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre Enfermedades Ocupacionales, con el objetivo de utilizar el método cuasi- experimental, llegando a la conclusión:

“Con la aplicación de un programa educativo incremento significativamente el nivel de conocimientos sobre enfermedades ocupacionales en transportistas lo cual se ve reflejado en los resultados que demuestran que el nivel de conocimientos aceptable 25.8% incrementa significativamente luego de aplicar el programa educativo a un nivel de 72.6% y el grado de instrucción no tiene relación con el nivel de conocimiento” (6).

Cerdan Gaviria, Irene Paola, en Lima 2004, realizó una tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería en la UPCH, titulado “Efectividad de un programa educativo en los conocimientos de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar”, en el Hospital San Bartolomé Lima – Perú 2004, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos después de la aplicación del programa educativo sobre el cuidado que brindan las madres a los recién nacidos prematuros en el hogar, utilizando el método de tipo correlacional, llegando a la siguiente conclusión:

Con el programa educativo mejoro el nivel de conocimiento de las madres de un 3.33% de nivel bueno antes de la aplicación del programa a un 46.6% de nivel bueno después de la aplicación del programa educativo el porcentaje de complicación presentados por el recién nacido prematuro cuyas madres fueron capacitadas fue baja (7).

Los estudios revisados han servido de base para la formulación del problema de investigación y como base teórica.

2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

DEFINICIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO

Es un proceso ordenado lógico e integral ya que se basa en función del aprendizaje y considera al paciente o educando como unidad biopsicosocial, su origen se basa en las necesidades individuales colectivas dentro del contexto de salud integral, teniendo los mismos elementos de la educación general (8).

EDUCACIÓN

Educar es humanizar al hombre para que este pueda desarrollar capacidades y actitudes y como dice Delors (1996), "La educación contribuye al desarrollo humano en todos sus aspectos, facilitar a todos lo antes posible, el "pasaporte para la vida" que le permitirá comprenderse mejor así mismo, entender a los demás y participar así en la obra colectiva y la vida en la sociedad. Así pues la Educación básica para todos es absolutamente vital" (9)

Uno de los fines de los programas educativos en enfermería es promover la mejor utilización del personal de enfermería por medio de la orientación e implementación adecuada de los conocimientos adquiridos en el periodo del aprendizaje básico.

Entre las características del programa educativo en enfermería se encuentra que la educación, se da a través de una serie de actividades concientes y organizados para alcanzar determinados fines y están inmersos en una programación que es un conjunto de actividades.

PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

El aprendizaje es un proceso climático de interacción de un sujeto y algún referente y luego el producto representa, el cambio relativamente permanente en el comportamiento, lo cual refleja una adquisición de conocimientos y habilidades nuevos a través de experiencias.

El proceso de enseñanza aprendizaje es un proceso de comprensión y estructuras de la realidad, se propone explicar de manera detallada, los mecanismos y las leyes internas que operen en el sujeto cuando conoce o aprende algo nuevo (10).

Se presenta como un cambio de conducta, si hay modificación externa de la actividad diaria.

Este cambio es el resultado de la práctica de las nuevas conductas que tiene como antecedentes un conjunto de experiencias, estímulos y situaciones que la determinan.

APRENDIZAJE

El aprendizaje es el cambio de disposición o capacidad humana que persiste durante el tiempo, la justificación no proviene únicamente del desarrollo.

El aprendizaje se representa por un cambio de comportamiento. Un aspecto importante del aprendizaje es que tiene el individuo de aprender

El aprendizaje es lo resultante de un proceso de construcción que se efectúa tanto en el plano de las estructuras afectivas como cognitivas de la mente, es decir el “todo” empleando sus capacidades intelectuales y sus emociones, aspecto que se observa a nivel de la recepción de la información (11).

ÁREAS DE APRENDIZAJE

Bloom (1956), identificó tres áreas de aprendizaje cognitivo, afectivo y psicomotor. El área cognitiva incluye seis aptitudes intelectuales, tales como conocer, comprender ya aplicar en un orden que va de sencillo a complejo. El área afectiva incluye sentimientos, promociones, intereses, actitudes y apreciaciones.

FACTORES QUE FACILITAN EL APRENDIZAJE

Motivación.- La motivación por aprender es el deseo de aprender. Influye enormemente en la rapidez y en la cantidad de cosas que aprende el individuo. La motivación es mayor cuando la persona reconoce la necesidad y cree en la dicha necesidad no solo es preciso que la enfermera identifique y exprese la necesidad, el cliente debe ser consciente de ello.

Disposición.- La disposición aprender es la conducta que refleja motivación en un momento concreto.
El rol de la enfermera consiste a menudo en fomentar que surja esa disposición.

Compromiso Activo.- El compromiso activo dentro del proceso hace que el aprendizaje sea más útil.

Refuerzo.- El refuerzo es la información referente a los resultados logrados por una persona respecto a un objetivo deseado.

De lo sencillo a lo complejo.- El aprendizaje se facilita mediante material organizado lógicamente de forma que vaya sencillo y complejo.

Repetición.- Son conceptos y hechos que facilitan la retención del material que se acaba de aprender. Asimismo, el aprendizaje resulta más fácil cuando la persona aprecia la importancia de determinado material momento exacto las personas retienen mejor la información y las técnicas promotoras cuando el tiempo entre el aprendizaje y su uso es corto.

Entorno.- Un entorno optimo para el aprendizaje facilita éste reducido la distracción y proporcionando un bienestar físico y psicológico. Para facilitar el aprendizaje en un ambiente hospitalario, los profesionales de enfermería deben escoger un momento en que no haya visitas y cuando no se espere tener interrupciones.

TÉCNICA EDUCATIVA

Se refiere al conjunto de recursos, procedimientos y métodos orientados por principios teóricos firmes que pueden ser utilizados por todo programa de la educación (Educación guiada por objetivos).

PRINCIPALES TÉCNICAS EDUCATIVAS

CHARLA EDUCATIVA

La charla educativa es una técnica que consiste en la presentación y desarrollo informal de un tema, que realiza al personal de salud, al cliente, familia y comunidad, para educarlos en forma preventiva – promocional con quienes además se dan información se dialoga.

Para que la charla sea más efectiva se debe considerar lo siguiente:

- Aprovechar la experiencia que las personas tienen previamente, ayuda a aprender mejor.
- Antes de dar información explora lo que las personas saben acerca del tema.

- El diálogo permite la participación del grupo y evita la pasividad, desinterés de las personas.
- La charla manejada permite el contacto interpersonal que es beneficioso para estimular el proceso de aprendizaje.

ETAPAS DE LA CHARLA EDUCATIVA

Comprende las siguientes etapas:

- Planeamiento
- Ejecución
- Evaluación

1. PLANEAMIENTO

- a) Seleccionar el tema.
- b) Preparar adecuadamente lo que va a decir determinando el modelo de presentación y selección las ayudas audiovisuales como: pizarra, láminas, rotafolios, etc.
Evite no recargar la charla con demasiados tópicos.
- c) Sea breve y determine su presentación ante de que decaiga el interés 10.20 minutos son suficientes para tomar el tema.

2. EJECUCIÓN

- a) Iniciar la charla con la presentación y con la motivación que estimule, a traiga la atención del público.
- b) Iniciar el tema a tratar.
- c) Conviene presentar al grupo un esquema de la charla al inicio de la sesión (pizarra, papelógrafo).
- d) Desarrolle en forma lógica y ordenada la exposición, es decir de la más fácil a la más difícil.
- e) No hablar de prisa y utilizar un tono de voz adecuada al grupo.

- f) Promover la participación del grupo manteniendo atento e induciendo a que todos formulen sus preguntas, así verificará si el grupo esta captando el mensaje de la charla.
- g) Utilizar lenguaje sencillo, claro adecuado al grupo.

3. EVALUACIÓN

- a) Constar si los objetivos o metas se han cumplido.
 - Modificación de conocimientos.
 - Modificación de actitudes, creencias.
 - Modificación de habilidades, práctica.
- b) Si la presentación de la charla no tiene efecto, busque la falla en usted mismo. Identifique lo que estuvo bien hecho y haga correcciones necesarias.

Criterios principales para una charla educativa:

- El tipo de participación, alguien dirige su mensaje
- Formular objetivos
- Estructura de la charla
- Síntesis
- Participación de los participantes

VENTAJAS DE LA CHARLA

- Relativamente simple de organizar
- Se puede usar con grupos grandes.
- Despierta interés público y curiosidad.
- Se puede usar diversos oradores.

DESVENTAJAS DE LA CHARLA

- Participación masiva de la audiencia.
- Difícil de contar con bueno
- El aburrimiento puede causar deserción
- La audiencia no tiene oportunidad de clasificar dudas.

MATERIALES EDUCATIVOS

- Afiches
- Franedógrafo
- Rotafolio
- Papelógrafo
- Fotografías, diapositivas, filminas
- Transparencias
- Murales
- Collanges
- Exposición de objetos reales
- Maquetas, maniquies y títeres
- Radio
- Grabaciones
- Video – cassette
- Los posters
- Los juegos

SOCIODRAMA

El sociodrama se define como la presentación dramatizada de un problema concerniente a los miembros del grupo, con el fin de obtener una vivencia más exacta de la situación y encontrar una solución adecuada representación en forma dramatizada de una situación o tema definido como parte de un esfuerzo educativo, permite a los participantes la expresión espontánea de situaciones de la vida real, problemas, necesidades, terror y aspiraciones.

Brinda la oportunidad de evaluar lo aprendido en cuenta a conocimiento, actitudes y habilidades.

OBJETIVOS

- Identificar y conocer las causas y efectos de hechos o situaciones de la vida cotidiana.
- Permite mostrar elementos para el análisis de cualquier tema basándose en situaciones o hechos de vida real.

DISCUSIÓN DE GRUPO

Consiste en reunir uno o más entre 8 y 15 personas para intercambiar, compartir o confrontar ideas y experiencias por lo general el grupo es conducido por un líder que facilita la participación de todos los miembros y mantiene el orden esta técnica permite la presentación y análisis de ideas expresión de dudas, la búsqueda de respuestas a interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de las participantes.

Características: es informal. Algunos integrantes de un grupo realizan una representación de una situación real y conflictiva frente al grupo grande, para que este lo analice. La representación es libre y espontánea, sin uso de libreta, N° de participantes, un coordinador, un narrador y un grupo de actores, publico variable.

Organización y desarrollo: se escoge a los participantes que van a realizar la representación. Se preciso la situación y el objetivo, se esbozan líneas generales de la representación y se distribuye los papeles.

Los intérpretes representan la situación, un narrador describe el ambiente supliendo la ausencia de escenografía e identifica a cada personaje. Los actores actúan adoptando las características del personaje que representan.

Terminada la presentación, el grupo grande analiza la representación en grupos pequeños y en una plenaria final se intenta sacar algunas conclusiones.

Duración: la representación 5 a 15 minutos, la plenaria de 30 a 45 minutos.

CONOCIMIENTO

Es la acción de conocer, facultad de sentir, razón natural, sistema que explica las relaciones entre el pensamiento y los objetos.

El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos verdaderos o de información, a través de la experiencia o del aprendizaje a (posterior) o a través de introspección a (priori) el conocimiento es una aparición, de múltiples datos interrelacionados que por si solo poseen menor valor cualitativo.

Carper (1978) distingue cuatro “modelos de conocimiento” que conforman el núcleo básico de los conocimientos de enfermería, la ciencia de la enfermería, la estética de la enfermería, la ética de la enfermería, la estética de la enfermería, la ética de los conocimientos científicos es la “mente cognoscitiva” de la enfermería y comprende los conocimientos obtenidos mediante la investigación de enfermería y la realiza en otras disciplinas. Por ejemplo: la enfermera aprende a conocer la eficacia de determinadas actuaciones profesionales.

EL CONOCIMIENTO

En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

- El sujeto que conoce
- El objeto conocido
- La operación misma a conocer

El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto. Dicho de otra manera: el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad.

LOS TRES NIVELES DE CONOCIMIENTO

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico.

El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.

En segundo lugar, tenemos el conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal.

En tercer lugar, tenemos el conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definido con claridad.

PATRONES DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA

Según Bárbara Carper propuso cuatro formas de conocer, propios de la enfermería: empírica o ciencia de la enfermería, cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica; ética o conocimiento moral de la enfermería, caracterizada por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; de conocimiento personal, expresado por ser sí mismo y ser, y estética o el arte de la enfermería, que se manifiesta por el acto artístico, a los cuales denominó patrones de conocimiento de enfermería. Estos patrones, al igual que las teorías representan conocimiento y se constituyen en los fundamentos Ontológicos y Epistemológicos de la disciplina de la enfermería.

Por lo tanto, el conocimiento acumulado a partir de ellos debe generarse y probarse, consecuentemente, por diversos medios de indagación científica.

PROCESOS Y PRODUCTOS DE LOS PATRONES DEL CONOCIMIENTO

Conocer	Simbolizar	Entender	Crear
Empírico	Describir	Explicar	Precedir
Ético	Clasificar	Valorizar	Defender
Conocimiento personal	Experimentar	Ubicar	Darse cuenta
Estético	Representar	Interpretar	Imaginar

FORMAS DE CONOCIMIENTO

- Dogmatismo
- Escepticismo
- Subjetivismo – Relativismo
- Pragmatismo

DOGMATISMO

- Relación sujeto / objeto forma natural
- No ve al sujeto, prima la razón humana
- No hay problema de conocimiento
- Posición primaria y más antigua, psicológicamente
- Dogmatismo: teórico, ético y religioso

ESCEPTICISMO

- Sujeto no puede aprender el objeto
- No ve el objeto, su atención se dirige a factores subjetivos del conocimiento humano.
- Escepticismo metafísica, ético y religioso no hay ninguna verdad.
- Se pone en duda todo lo que se presenta a la conciencia natural como verdadero y cierto.

SUBJETIVISMO

- Hay una verdad universalmente verdadera.
- Subjetivismo; limita validez de la verdad al sujeto que conoce y juzga
- Da importancia a factores externos subraya dependencia del conocimiento humano.

PRAGMATISMO

- El hombre es un ser práctico, un ser de voluntad y de acción.
- Su intelecto le sirve para orientarse en la realidad.
- La verdad: congruencia de los pensamientos con fines prácticos del hombre.

FASE POST ANESTÉSICA

Después de una anestesia general, la recuperación de la función cognoscitiva y la habilidad motora puede alcanzarse dentro de 48 horas para recuperar los niveles pre-anestésicos. Este periodo es conocido como periodo post anestésico inmediato es crítico siendo necesario observar con cuidado al paciente y brindarle todo el apoyo físico y psicológico necesario, hasta cuando los efectos más importantes de la anestesia hayan desaparecido y se estabilice su condición general.

La enfermera es en gran parte responsable del paciente durante esta etapa. Normalmente cuando el paciente es trasladado a la unidad de post anestésico, lo acompaña el anestesiólogo y otros miembros del equipo quirúrgico. La enfermera encargada de la sala de recuperación debe valorar el estado del paciente, recibir el informe empezar el registro de las notas de recuperación.

OBJETIVOS PRINCIPALES DE ENFERMERÍA

- Diagnosticar y tratar la permeabilidad de vía aérea.
- Diagnosticar y tratar las complicaciones.
- Garantizar la seguridad del paciente
- Estabilizar la seguridad del control funciones vitales
- Disipar la anestesia residual
- Proporcionar alivio al dolor.
- Tranquilizar emocionalmente al enfermo y reducir su ansiedad.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Los aspectos más importantes para el personal de enfermería de la unidad de recuperación post anestésica son:

- Estado preoperatorio del paciente y hallazgos operatorios pertinentes.
- Técnica anestésica utilizada.
- Fármacos administrados en el quirófano (incluido los anestésicos).
- Técnica quirúrgica efectuada y duración de la misma.
- Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
- Complicaciones o acontecimientos no habituales.
- Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
- Plan de asistencia de enfermería en el post operatorio, cuando el paciente ingresa en la Unidad pos anestésica, se realiza una valoración, teniendo en cuenta los efectos post operatorios.

EFFECTOS POST OPERATORIOS

1. CAMBIOS CARDIORESPIRATORIOS

VÍAS RESPIRATORIAS

Durante el periodo post anestésico inmediato, las dos causas más comunes del inadecuado intercambio pulmonar son la obstrucción de las vías respiratorias y la hipoventilación, la causa más frecuente de obstrucción de las vías aéreas es la producida por la lengua, la cual se realiza contra la Faringe o las Secreciones u otros líquidos que se acumulan en la Faringe, la traquea o el árbol bronquial, esta situación puede prevenirse utilizando una posición adecuada empleando una vía

aérea artificial o retirando las secreciones la posición cuando el paciente recupere los reflejos protectores, la mejor posición para la mayoría de los pacientes es la posición de lado, con la cabeza doblada hacia atrás y la mandíbula apoyada hacia delante.

Algunos pacientes son llevados a la Unidad de recuperación con el tubo endotraqueal; sin embargo, normalmente, el tubo endotraqueal se retira en la sala de operaciones.

Normalmente, se mantiene una vía aérea orofaríngea o nasofaríngea después de la administración de la anestesia general para mantener el paso abierto y la lengua estirada hacia delante hasta cuando se recuperen los reflejos faríngeos, cuando el paciente comienza a despertar y haya recuperado los reflejos de tos y de deglución. A partir de este momento, la presencia de un tubo puede producir irritación, vómito o un espasmo en la laringe.

SECRECIONES

Si el paciente no puede toser o expectorar las secreciones, es necesario aspirarlos. Normalmente el único procedimiento necesario es la aspiración faríngea, aunque puede ser necesario también realizar una aspiración endotraqueal.

VENTILACIÓN INADECUADA

La hipoventilación postoperatoria inmediata puede ser resultado de los medicamentos (anestésicos, narcóticos, tranquilizantes, sedantes), dolor debido a la incisión, obesidad, enfermedad pulmonar crónica o presión sobre el diafragma.

La hipoventilación inadecuada puede producir hipoxemia, es importante la saturación de oxígeno arterial, se debe monitorizar mediante los gases arteriales con la oximetría.

La oxigenación como la ventilación, destinados a facilitar el intercambio de fases pueden ampliarse mediante la terapia de oxígeno y ejercicios respiratorios.

LA TERAPIA DEL OXÍGENO

Se administra oxígeno durante la etapa post operatoria después de la anestesia casi todos los pacientes presentan una disminución de la expansión pulmonar, el oxígeno se administra mediante una cánula nasal, o máscara de reservorio.

MANTENIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN

Es la más común durante el periodo post anestésico inmediato la detección oportuna y el manejo de esta complicación antes que se tornen severos y pueden disminuir el gasto cardiaco depende de una valoración frecuente de los signos útiles del paciente.

La presión sanguínea, el pulso y las respiraciones se miden normalmente al inicio cada 15 minutos hasta cuando se estabilicen, luego media hora durante 2 horas luego 3 cada 4 horas.

El gasto cardiaco puede monitorizarse mediante el termistor de un catéter en la arteria pulmonar las arritmias cardiacas pueden verificarse en un monitor cardiaco, además, al auscultar el corazón y los pulmones se obtiene una información adicional.

HIPOTENSIÓN

Existen factores que pueden causar cambios circulatorios y generar una disminución de la presión sanguínea en el paciente post operado. Una disminución leve en la presión sanguínea con respecto al rango operatorio normal, es común al principio del periodo postoperatorio. Este tipo de disminuciones son bien tolerados en los pacientes con buena salud.

Es necesario evitar el shock, ya que el cerebro, el corazón, los riñones y otros órganos vitales no toleran periodos de hipoxemia prolongados, las medidas para controlar los estados de shock deben efectuarse de inmediato cuando se detecte el primer signo o síntoma.

HIPOTERMIA

La hipotermia temperatura inferior a los 36° C se presenta en el 60 a 80% de los pacientes post operados, los factores que contribuyen a la hipotermia, son la exposición corporal en una sala de Cirugía Fría, los efectos de las soluciones frías y algunos anestésicos. Las respuestas corporales compensatorias al frío incluyen el temblor y la vaso constricción, el gasto cardiaco disminuye conduciendo a hipotensión.

La hipotermia aumenta el tiempo de permanencia del paciente en la unidad de post anestésica a menos que se utilicen métodos de calentamiento, es necesario monitorizar al paciente para detectar signos de hipotermia baja resistente, temblor y sensación de frío referidos por el paciente.

2. CAMBIOS GASTROINTESTINALES

DISTENSIÓN ABDOMINAL

La aparición de este síntoma en el postoperatorio es el resultado de acumulación de gases, por la manipulación de órganos, el peristaltismo disminuye durante 24 horas o 48 horas, dependiendo de la amplitud y tipo de intervención quirúrgica.

El aire deglutido y las secreciones gastrointestinales llegados al estómago, ocasionan distensión abdominal y se da cuando la persona inicia el habla muy frecuente después de la operación, las medidas de enfermería para prevenir o tratar la distensión, abdominal es limitar el habla del post operado.

NAUSEAS Y VÓMITOS

Las nauseas y vómitos puede obedecer a múltiples causas ya sean por efectos de anestesia, como las medicaciones, distensión gástrica, la manipulación quirúrgica el dolor, el shock, las alteraciones electrolíticas y los factores psicológicos, las medidas de enfermería para prevenir o tratar las nauseas y vómitos consisten en limitar la ingesta oral hasta que se haya recuperado el peristaltismo, iniciar la dieta postoperatorio con líquidos e ir progresando a una dieta normal.

HIPO

Es producido por una contracción más o menos rítmica del diafragma, que es una que separa los pulmones del estómago, son movimientos involuntarios, provocados por la dilatación excesiva del estómago, que provoca una irritación del diafragma y los estimula a contraerse. El hipo puede presentarse en cualquier edad.

La contracción espasmática del diafragma, provoca que la glotis salte cerrando así repentinamente en el momento que respiramos o bebemos, esto causa el clásico “hip” que dio su nombre a éste procedimiento.

Factores que pueden provocarlo:

- Cirugías en zonas próximas al nervio frénico, la distensión gástrica, la obstrucción intestinal.
- Cuando se bebe café y chocolate en ayunos, provocan un relajamiento del esfínter entre el estómago y el esófago que puede producir una reabsorción de aire en el estómago.

Para aliviar el hipo:

- Se dice que la persona debe tomar aire, inhalar y exhalar por un promedio de 2 minutos.
- Beber un vaso de agua.
- La paciente post operado mediato, se le instala una máscara de reservorio (O₂) por espacio de 5 minutos, mientras el paciente se le explica que debe tomar aire y votar.

Los factores que pueden contribuir a la aparición de hipo son la cirugía en zonas próximas al nervio frénico la peritonitis, la distensión gástrica, la obstrucción intestinal y las alteraciones del equilibrio ácido básico.

El hipo puede ser molesto para el paciente e incluso doloroso cuando tiene una incisión abdominal, pero se esta es de corta duración no suele ser peligroso, si persiste, puede producir extenuación, vómitos y dehiscencia de la herida.

ÍLEO PARALÍTICO

El íleo paralítico consiste en la disminución o ausencia de peristaltismo. La respuesta de estrés a la cirugía y a la anestesia, la manipulación de los órganos abdominales, durante la cirugía, los desequilibrios electrolíticos, el uso de anestésicos y de medicación antiálgica, las afecciones de las heridas y la inmovilidad post operatoria pueden contribuir a esta disminución o ausencia de coordinación del peristaltismo.

Todas las intervenciones abdominales van acompañadas de un cierto grado de íleo paralítico, recuperándose gradualmente la movilidad intestinal a lo largo de varios días, los signos y síntomas consisten en disminución de los ruidos abdominales.

Las medidas de enfermería para favorecer la recuperación gradual de movilidad intestinal consiste en la deambulación esto acelera el retorno de los movimientos intestinales, la expulsión de gases o heces por el recto y el retorno del apetito anuncian la recuperación del peristaltismo.

SED

Se dice que las pérdidas de líquidos corporales durante la intervención quirúrgica pueden ser por aumento de las secreciones pulmonares, perdidas de sangre y por los anestésicos, se presentan sequedad de la boca.

Al paciente post operado como no puede beber agua se le aumentará los fluidos si las mucosas están secas. Se le humedece la boca con un algodón empapado de agua.

3. CAMBIOS RENALES Y URINARIOS

RETENCIÓN URINARIA

En ocasiones se produce una retención urinaria post operatorio, las causas de la misma, son los traumatismos sobre la vejiga o su intervención. En intervenciones realizadas en la proximidad inmediata de este órgano, el edema alrededor del cuello vesical y el espasmo reflejo de los esfínteres que pueden acompañar al dolor o a la ansiedad y los fármacos en especial los anestésicos, pueden producir retención urinaria.

La anestesia raquídea y epidural pueden producir retención urinaria debida al retraso del restablecimiento de los reflejos vesicales. La actuación de enfermería para facilitar la micción consisten en de ambulación y postura normal para orinar.

Las técnicas como dejar correr el agua del caño de forma que el paciente pueda oír el ruido, dejar correr agua sobre el perineo, otras de las medidas son tranquilizar al enfermo y proporcionarle un lugar privado.

A menudo los pacientes no pueden orinar mientras permanecen en coma, pero si al sentarse o ponerse de pie lo hacen sin dificultad alguno, si estas dos últimas posiciones no interfieren con los resultados de la operación, se permite a los varones que se pongan de pie junto a la toma y las mujeres que se sientan en el borde de la misma con los pies sobre un taburete.

Sin embargo esto no es permisible en algunos pacientes debe considerarse que hay personas que no pueden miccionar en presencia de otros.

Cuando estas medidas fallan se debe practicar cateterismo vesical si hay presencia de globo vesical y dolor, esto aliviará el dolor y la molestia de querer orinar.

LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS

DESHIDRATACIÓN

Es una afección que se presenta cuando el cuerpo no tiene tanta agua y líquidos como debiera y puede ser causada por la pérdida excesiva de líquidos, el vómito y la diarrea son las causas más comunes.

El déficit de volumen de líquidos puede dar resultado de una inadecuada sustitución de los líquidos corporales perdidos durante la cirugía o debido a pérdidas continuos de líquidos para que el funcionamiento de los sistemas orgánicos sea adecuado, se debe

mantener un equilibrio una distribución adecuados del agua y los electrolitos. La respuesta a la cirugía y a la anestesia suele incluir la conservación de líquidos y sales por el riñón que se traduce en estimulación simpática, secreción de hormona antidiurética (ADH).

Los déficit de volumen de líquido extracelular pueden deberse a un aporte inadecuado de líquidos durante la intervención y la recuperación y a un aumento de las pérdidas por vómitos, aspiración gástrica, drenaje por la herida operatoria, diaforesis, o fiebre los traumatismos del tejido, la manipulación o el shock.

El paciente post operado se el compensa con la reposición de líquidos necesarios ya sea por vía EV o vía oral si lo esta permitido.

4. CAMBIOS DE PIEL Y TEJIDOS

HERIDA OPERATORIA

La mayoría de las heridas operatorias se cubren en el quirófano con un apósito, cuyo tipo depende de las preferencias de los cirujanos y del tipo de herida. Los apósitos aceleran la reepitelización, reducen la movilidad de la herida, disminuye el dolor post operatorio y minimizan las posibilidades de infección o hemorragia.

Es necesario observar edema, cantidad de sangrado, inspeccionar la herida en busca de signos de infección, eritema, drenaje, olor, ardor, induración, tensión en la sutura.

Para prevenir signos de infección es necesario, un adecuado lavado de manos, medidas de bioseguridad.

Los apósitos de las heridas pueden ser oclusivos o no oclusivos, el proceso de reepitelización superficial es una parte importante del proceso de cicatrización.

DOLOR

El dolor post operatorio es una de los mayores temores de los pacientes que van a ser intervenidos, el dolor post operatorio más habitual es el que se debe a la lesión de los tejidos durante la cirugía. Ocasionando limitación de movimientos y alteraciones psicológicas y fisiológicas.

El dolor post operatorio intenso se ha asociado a un incremento de los núcleos circulantes de catecolaminas, que darían lugar a un aumento de la presión arterial, así como incremento de la respuesta inflamatoria.

5. CAMBIOS SENSORIALES

El periodo post anestésico inmediato resulta atemorizante para el paciente. En esta etapa el apoyo psicológico es fundamental para lograr el bienestar físico- emocional, mientras el paciente esta volviendo de la anestesia, necesita orientación frecuente sobre el lugar en que se encuentra y asegurarse de que no esta solo. El paciente necesita también saber que termino la operación y que la recuperación de la anestesia es satisfactoria.

PROTECCIÓN Y SEGURIDAD

Cuando el paciente sufre los efectos residuales los fármacos anestésicos, las posibilidades de lesión son grandes los pacientes pueden mostrar una conducta inquieta o desorientada cuando salen de la anestesia, y deben ser protegidos. Se le debe prestar atención a las posibles causas de agitación y desorientación o inquietud y tratarlas rápidamente, cuando el paciente permanece en camilla, hay que asegurar las camas con barandas de seguridades esencial mantener un constante control de enfermería para detectar posibles fuentes de lesión y asegurar todos los catéteres, vías, y monitores.

G. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

El programa educativo incrementa significativamente el nivel de conocimientos acerca de los efectos postoperatorios de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

El programa educativo es significativamente efectivo en el incremento del nivel de conocimiento acerca de los efectos postoperatorios de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central.

El programa Educativo no es significativamente efectivo en el nivel de conocimientos acerca de los efectos post operatorios de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

PROGRAMA EDUCATIVO: Conjunto de actividades educativas dirigidos al paciente quirúrgico en el pre-operatorio, que va influir en la modificación de conocimientos acerca de los efectos pos-operatorios, lo cual favorecerá su auto cuidado y el cuidado brindado por el profesional de enfermería en la etapa post-anestésica para su recuperación más efectiva.

PACIENTE QUIRÚRGICO: Persona de sexo masculino y femenino que se encuentra hospitalizado en espera de ser intervenido quirúrgicamente por algún problema de salud.

EFFECTIVIDAD: Logro de los objetivos del programa educativo lo cual será medido a través del incremento del nivel de conocimiento del paciente que recibe la educación sobre los efectos pos-operatorios inmediatos.

EFFECTOS POS-OPERATORIOS INMEDIATOS: Son los cambios que suceden en el organismo de la persona intervenida quirúrgicamente durante las primeras 24 – 48 horas post- acto quirúrgico.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es un estudio cuasi experimental, corte transversal responde a un diseño de comparación de 2 grupos antes y después del programa educativo.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizara en el Hospital Militar Central, el cual se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María entre las Av. Pershing s/n y la Av. Brasil cuadra 28 el Hospital, pertenece a las fuerzas armadas y es de nivel III ofrece las siguientes especialidades:

Cirugía general, Medicina, Cirugía Cardiovascular, Neumología, Gastroenterología, Neumología, Urología. Oftalmología, Dermatología, Terapia del dolor y Salud mental.

El estudio se realizo en las Unidades de Cirugía general de donde van los pacientes programados a Sala de operaciones para ser intervenido quirúrgicamente.

El cual esta distribuido como sigue a continuación:

PAB A: HOMBRES Y MUJERES

3er piso A33

Nº Camas 26

Nº Pacientes 15

Enfermeros por turno: 2

Paciente post operados: 6

Paciente pre operatorio: 4

PAB C: HOMBRES Y MUJERES

3er piso C31-A

Nº Camas 25

Nº Pacientes 20

Enfermeros por turno 2

Paciente post operados: 4

Paciente pre operatorio: 5

PAB C: HOMBRES Y MUJERES

2do piso C 2 2

Nº Camas 40

Nº Pacientes 30

Enfermeros por turno 2

Paciente post operados: 8

Paciente pre operatorio: 8

LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN

Esta situada en el cuarto piso frente a sala de operaciones esta unidad comprende los servicios para post operados cuenta en la actualidad con 14 camas y 02 cunas designados para la atención de pacientes y 02 cuartos de aislados, la atención de pacientes por día 10.

SALA DE OPERACIONES

Cuenta con 10 salas de operaciones en la cual las intervenciones quirúrgicas son de todas las especialidades. Con un programa de operaciones de 12 por día.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformado por pacientes programados para la intervención quirúrgica, con anestesia general siendo un promedio 10 pacientes por día y muestra por ser población pequeña, se utilizo el total de la población en un intervalo de tiempo de una semana aplicando el tipo de muestra no probabilística por conveniencia, teniendo en cuenta los siguientes criterios.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes cuyas edades varían entre 18 y 60 años.
- De ambos sexos
- Pacientes concientes
- Pacientes con nivel de instrucción mínimo primaria
- Programados para intervención quirúrgica.
- Pacientes que tengan grados de dependencia I y II

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que ingresan por emergencia
- Pacientes con alteraciones de sensorio
- Pacientes con nivel de dependencia grado III
- Pacientes mayores de 60 años
- Pacientes con anestesia regional

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que reciben programa educativo parcialmente y se retiran.

D. TÉCNICAS DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario para identificar los conocimientos que tienen los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, sobre los efectos post operatorios.

El cuestionario consto de introducción, preguntas generales, preguntas específicas y fue sometido a juicio de expertos para la validación.

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se solicito la autorización de la dirección general del Hospital Militar Central, así mismo se realizo las coordinaciones con el departamento de enfermería en el área de capacitación.

La recolección de datos duro una semana. La recolección de la información lo hizo la enfermera que esta presentando el proyecto de investigación. El programa educativo se realizo en coordinación con el departamento de enfermería y así con los jefes de enfermería de cada unidad de hospitalización. los puntajes asignados a cada pregunta serán: por cada pregunta correcta 2 puntos, y por cada respuesta incorrecta 0 puntos. Los datos recolectados están presentados en cuadros estadísticos.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para categorizar el nivel de conocimientos se utilizo la escala de Staninos y Stanones y el grafico de distribución normal por medio de la campana de Gauss.

La escala de puntuación de conocimiento alto, medio, bajo, antes y después del programa educativo, finalmente se realizo la discusión de los resultados en función a la base teórica.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

El llenado del cuestionario se hizo con el consentimiento informado de los pacientes, sin alterar las respuestas. Toda información fue confidencial y de uso exclusivo para la investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de recolectados los datos de los 20 pacientes en estudio, estos fueron procesados en forma manual, para su representación en cuadros y/o gráficos estadísticos a fin de realizar su análisis e interpretación respectiva.

A continuación se presentan los siguientes hallazgos.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

Del análisis de los datos generales del instrumento se puede decir que el grupo de pacientes que se tomó como muestra del Hospital Militar Central, la población que participó fueron 20 pacientes que constituyó el 100%. De ello el 50% (10 pacientes) tienen edades entre los 18 – 30 años, el 30% (6 pacientes) entre 41 – 50 años y el 20% (4 pacientes) entre 31 a 40 años lo cual quiere decir que se aplicó a una población joven (Anexo H). Respecto al grado de instrucción se puede observar que el grado de instrucción que predomina es la superior técnica presentando por 60% (12 pacientes); seguido de superior profesional 25% (05 pacientes) y finalmente secundaria 15% (03 pacientes) (Anexo I) en relación a procedencia los pacientes que se tomó.

Como muestra de estudio procede mayormente 55% (11 pacientes) de la Sierra, 25% (05 pacientes); y de la Selva 20% (04 pacientes) (Anexo J). En relación al número de intervenciones quirúrgicas por primera vez 60% (12 pacientes); seguido por segunda vez 40% (08 pacientes) (Anexo K).

CUADRO Nº 1

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL
INCREMENTO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS
EFECTOS POST-OPERATORIOS INMEDIATO
DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA – PERÚ
2005**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ANTES		NIVEL DE CONOCIMIENTOS	DESPUÉS	
	Nº	%		Nº	%
ALTO	7	35	ALTO	9	45
MEDIO	5	25	MEDIO	11	55
BAJO	8	40	BAJO	-	-
TOTAL	20	100	TOTAL	20	100

En el Cuadro Nº 1 observamos que el 100% (20 pacientes) antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento bajo representando el 40% (8 pacientes) y después del programa educativo este número se redujo a 0% encontrándose el mayor 55% (11 pacientes) en el nivel de conocimientos, y 45% (9 pacientes) en el nivel de conocimiento alto, demostrando que el programa educativo es efectivo en el incremento de conocimiento relacionado a los efectos post operatorios inmediato de los pacientes quirúrgicos.

CUADRO Nº 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS
CARDIORESPIRATORIOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE
LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA
EDUCATIVO, HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	12	60
MEDIO	5	25	05	25
BAJO	11	55	03	15
TOTAL	20	100	20	100

En el Cuadro Nº 2 podemos observar que antes de la aplicación del programa educativo de un total de (20 pacientes) 100%, (11 pacientes) 55% se encontraron en el nivel bajo y (5 pacientes) en el nivel medio 25% después del programa educativo se notó el incremento notable de conocimientos presentándose 60% (12 pacientes) en el nivel alto de conocimiento y disminuyendo notablemente el número de pacientes en el nivel de conocimiento bajo. Los cambios cardiorrespiratorios, en el paciente post-operado inmediato esta relacionado a los efectos anestésicos por ser depresores respiratorios indiscutiblemente entonces es importante que el paciente esté informado, para favorecer su recuperación a la vez su autocuidado, evitando complicaciones relacionado con la ansiedad del paciente, que podrían interferir aún más en el patrón respiratorio y cardiaco.

CUADRO Nº 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS
GASTROINTESTINALES EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO
DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y DESPUÉS DEL
PROGRAMA EDUCATIVO, HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	13	65
MEDIO	10	50	7	35
BAJO	6	30	0	0
TOTAL	20	100	20	100

Respecto a esta dimensión podemos observar que antes del programa educativo de un total (20 pacientes) 100%, (10 pacientes) 50% se encontraron en el nivel medio y en el nivel bajo (6 pacientes) 30%, después del programa educativo el nivel alto estuvo conformado (13 pacientes) 65% donde se observa un nivel de incremento considerable del nivel de conocimientos, y el nivel medio (07 pacientes) 35% y no encontrándose muy bajo de conocimientos después del programa educativo.

Los efectos gastrointestinales más frecuente son: las náuseas y vómitos, que pueden obedecer a múltiples causas como: agentes anestésicos, distensión gástrica, la manipulación quirúrgica, el dolor, alteración de electrolitos y factores biológicos.

Ello puede prevenirse en algunos casos si el paciente esta consiente de adoptar conductas adecuadas como evitar hablar inmediatamente el acto quirúrgico, abstenerse de solicitar agua y alimentos e ingerirlos, movilizarse de acuerdo a lo permitido para favorecer la eliminación de gases entre otros.

CUADRO Nº 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS RENALES Y
URINARIOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO
DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y
DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO,
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	5	25	10	50
MEDIO	5	25	9	45
BAJO	10	50	1	1
TOTAL	20	100	20	100

En el Cuadro Nº 4 se puede observar, acerca de los cambios renales y urinarios, que del 100% (20 pacientes), antes del programa educativo, el 25% (5 pacientes) se encontraron en el nivel alto y medio respectivamente y en el nivel bajo se encontró el 50% (10 pacientes) y el nivel medio 45% (9 pacientes) evidenciándose un descenso notable en el nivel de conocimiento bajo a 5 % (1 paciente).

Para que el funcionamiento de los sistemas orgánicos sea adecuado, se debe mantener un equilibrio una distribución adecuada del agua y los electrolitos. La respuesta a la cirugía y a la anestesia puede alterar este funcionamiento normal. Es por ello que en el post

operatorio inmediato, se puede producir alteraciones electrolíticas debido a la desviación desde un comportamiento orgánica a otro; ingesta o pérdida excesiva, ya que el paciente post operado se encuentra en ayunos desde un día anterior, también puede presentar retención urinaria post operatorio, las causas son por el traumatismo sobre la vejiga o intervención realizada en la proximidad inmediata de este órgano, es por ello el paciente debe estar informado para favorecer su participación.

CUADRO Nº 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS DE LA PIEL Y
TEJIDOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE
LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y
DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO,
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	16	80
MEDIO	10	50	0	0
BAJO	6	30	4	20
TOTAL	20	100	20	100

En el Cuadro Nº 5, podemos observar, que el total de (20 pacientes) 100%, antes de la aplicación del programa educativo, 50% (10 pacientes), se encontraron en el nivel medio, 30% (6 pacientes) en el nivel bajo y sólo el 20% (4 pacientes) en el nivel alto de conocimientos acerca de los cambios de la piel y tejido. Después del programa educativo, se puede observar un incremento notable en el nivel de conocimientos encontrándose al 80% (16 pacientes) en el nivel alto y sólo (4 pacientes), en el nivel bajo.

Dentro de los cambios de la piel y tejidos y lo que ello genera, la presencia del dolor es muy común después de casi todos los tipos de procedimientos quirúrgicos en el que ha habido corte, estiramiento o manipulación de los tejidos y órganos. La presencia del mismo puede interferir en la movilidad del paciente, así como en el incremento de la respuesta inflamatoria, presión arterial, y sobre todo en el estado anímico de la persona. El alivio del dolor puede estimular al paciente o moverse y a respirar más profundamente, lo cual evita complicaciones post operatorias que, a su vez causan más dolor.

La herida quirúrgica cicatriza rápidamente debido a su naturaleza aséptica, las incisiones pueden cubrirse con gasa, vendajes semi exclusivos, los apósitos de gasa permiten que el aire penetre en la herida y que el oxígeno llegue hasta la herida reducen la movilidad de la herida, disminuyen el dolor post operatorio y minimizan las posibilidades de infección o hemorragia. El manejo adecuado de la herida operatoria disminuirá la incidencia de infecciones.

CUADRO Nº 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS SENSORIALES
EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE LOS PACIENTES
QUIRÚRGICOS, ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA
EDUCATIVO, HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	16	80
MEDIO	11	55	0	0
BAJO	5	25	4	20
TOTAL	20	100	20	100

Respecto a los cambios sensoriales podemos observar que del 100%, (20 pacientes), antes del programa educativo el 35% (11 pacientes), se encontraron en el nivel de conocimientos medio y el 25% (5 pacientes) en el nivel de conocimiento bajo y solo el 20% (4 pacientes), en el nivel de conocimiento alto después del programa educativo, se observa un incremento notable del nivel alto de conocimientos 80% (16 pacientes) y sólo el 20% (4 pacientes), con el nivel de conocimientos bajo, no encontrándose en esta etapa, pacientes con el nivel de conocimientos medio.

En el período post-anestésico inmediato, cuando el paciente sufre los efectos residuales de los fármacos anestésicos los pacientes muestran, conducta inquieta o desorientada es por ello deben ser protegidos para que no se autolesionen, es por ello que el paciente debe ser informado sobre esta conducta y colaborar con ello, con el conocimiento previo.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente estudio se formularon las siguientes conclusiones:

- ✓ El programa educativo es significativamente efectivo en el incremento del nivel de conocimientos acerca de los efectos post – operatorios inmediato de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central.
- ✓ Se aplicó técnicas educativas participativas en la adjudicación de nuevos conocimientos, influjo positivamente en los pacientes.
- ✓ El nivel de conocimientos acerca de los efectos post operatorios inmediato de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central, antes del programa educativo es predominantemente medio, bajo haciendo un total del 65%.

- ✓ El nivel de conocimientos, acerca de los efectos post operatorios inmediatos de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central, después del Programa Educativo es de medio alto, sin encontrar nivel de conocimiento bajo.

En cuanto a Hipótesis:

- ✓ El programa Educativo es significativamente efectivo en el incremento del nivel de conocimiento, acerca de los efectos post operatorios de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central.

LIMITACIONES

- ✓ El poco tiempo brindado para la aplicación del programa educativo.
- ✓ El programa educativo se llevó en 15 días programados.

RECOMENDACIONES

De los resultados se deriva las siguientes recomendaciones:

- ✓ Se debe implementar el programa educativo en las Unidades de Hospitalización de Cirugía, para disminuir la ansiedad y el temor a lo desconocido y para mejorar la calidad de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BENAVIDES SILVA, ERIKA “Influencia de un programa educativo sobre prevención de úlcera por presión en el nivel de conocimientos de los familiares del adulto mayor postrado en cama”.
- 2) MORALES GANZALES, SARA, en Lima 1996. “Efectividad de un programa educativo de Enfermería a los padres en el cambio de conocimientos frente al cuidado del niño asmático en el servicio de emergencia pediátrica del hospital Eduardo Rebagliati Martins”. Lima – Perú 1996 UPCH. PP. 51
- 3) INFANTES HERRERA, LOURDES BRÍGIDA, en Lima 1998. “Influencia de un programa educativo brindado por la enfermera, sobre hipertensión arterial, complicación y medidas higiénico – dietéticas a pacientes de consulta externa de Cardiología del Hospital Arzobispo Loayza” Lima – Perú 1998.
- 4) AGUIRRE COCHA KARIM, en Lima 2002. “Influencia de un programa educativo en el nivel de conocimientos de enfermedades ocupacionales en transportistas de la empresa 36 SMP S.A. Lima – Perú 2002.
- 5) CERDAN GAVIDIA, IRENE PAOLA, en Lima 2004. “Efectividad de un programa educativo en los conocimientos de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar en el Hospital San Bartolomé Lima – Perú. PP. 48.

- 6) Psicología de la Educación
www.psicopedagogico.com

- 7) HONORATO VILLAZANO RASHUAMAN (Cerro de Pasco)
Proyecto Educativos y Cultural Paz 1998
Facultad de Educación CICE PP. 20.

- 8) B. KOZIER
Fundamentos de enfermería
5ta edición actualizada Vol. I
Mg Graw-Hill Interamericana 1998 PP. 411, 414, 418.

- 9) ROSCKE MARIA ALICE
“Aprendizaje y conocimiento significativo en los servicios de salud”
OPS/OMS. Washington DC. 8,9

BIBLIOGRAFÍA

1) Brunner y Suddarth

Enfermería Médico Quirúrgico

8va edición. México DF. 45 Hill – Interamericana. 1998.

2) Enciclopedia de Enfermería, Volumen II

Océano Centrum Barcelona 1,997

3) Fuller Johana Ruth

Instrumentación Quirúrgica. Principios y práctica.

3ra edición. México 1,995

4) Kozier B, Fundamento de Enfermería

5ta edición actualizada Vol. I, México DF.

5) Long Bárbara C., Enfermería Médico Quirúrgico

Tercera Edición Tomo II, España. 1,998.

6) Millar Keane, Diccionario Enciclopedia de Enfermería

5ta edición, Buenos Aires, 1,996.

7) Mavila Caldero Pérez, Supervisión Educativa Integral

3ra edición. Editorial San Marcos.

8) Metodología de la Investigación Científica

Caballero Romero Alejandro, Primera edición, Editorial **UDEGRAF S.A.** Lima – Perú 2,000.

9) Novoa Montenegro Lina

Enfermería de Quirófano. Arequipa 1,997.

10) Ministerio de Salud Revista

Metodología de Educación en Adultos 1,997

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A Operacionalización de la Variable.....	I
B Matriz de Operacionalización de la Variable.....	II
C Instrumento.....	III
D Tabla de Códigos.....	VII
E Tabla Matriz.....	VIII
F Categorización de la Variable Conocimientos.....	X
G Medición de la Variable según dimensiones.....	XII
H Distribución según edad de los pacientes del Hospital Militar Central Lima – Perú 2005.....	XV
I Distribución según grado de instrucción de los pacientes del Hospital Militar Central Lima – Perú 2005.....	XVI
J Distribución según grado de procedencia de los pacientes del Hospital Militar Central Lima – Perú 2005.....	XVII
K Distribución según cuántas veces había sido intervenido quirúrgicamente los pacientes del Hospital Militar Central Lima – Perú 2005.....	XVIII
L Prueba Binomial.....	XIX
M Recursos Humanos.....	XX
N Presupuesto.....	XXI
O Cronograma de actividades.....	XXII
P Cuadros y Gráficos.....	XXIII
Q Consentimiento Informado.....	XXIX
R Programa Educativo.....	XXX

ANEXO “A”

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE VARIABLE
Conocimientos sobre el post-operatorio	Son todos los saberes acumulados, hasta antes del proceso de aprendizaje y está constituido por un acúmulo de conceptos, destrezas y actitudes que el sujeto muestra como aprendizaje y constituye la base de iniciación sobre los efectos post-	Acumula de saberes conceptos y destrezas que tiene el paciente quirúrgico sobre los efectos post-operatorios y que será medida antes y después del programa educativo determinando niveles de conocimiento en alto, medio y bajo.	1. Cambios cardiorrespiratorios.	<ul style="list-style-type: none"> • Secreciones • Hipotensión • Hipotermia • Hipovolemia 	Conocimiento Alto
			2. Cambios gastrointestinales.	<ul style="list-style-type: none"> • Distensión abdominal • Náuseas y vómitos • Hipo • Íleo paralítico 	Conocimiento Medio
			3. Cambios renales y urinarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Líquidos y electrolitos 	Conocimiento Bajo

	operatorios.			<ul style="list-style-type: none"> • Retención urinaria. • Herida operatoria • Dolor • Deterioro mental • Protección y seguridad 	
			<p>4. Cambios de la piel y tejidos.</p> <p>5. Cambios sensoriales.</p>		

ANEXO “B”

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES	PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN	TÉCNICA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Nivel de conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> Alto Medio Bajo 	<p>Se aplicarán los siguientes valores en cada dimensión:</p> <p>Pregunta correcta = 2 puntos. Pregunta incorrecta = 0 puntos</p> <p>Para el cálculo de las dimensiones se utilizó la escala de Estanone:</p> <p>Para la categorización de la variable general se consideró: Nivel bajo: 0-50 Nivel medio: 56-62 Nivel alto: 64-66</p>	<p>Para iniciar la recolección de datos se solicitó la aprobación del proyecto de investigación mediante una carta de presentación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Post-Grado, dirigida al Director del Hospital Militar Central, se coordinó también con la Jefa del Departamento de Enfermería y con los Jefes de los Servicios para la recolección de datos.</p>	Encuesta	Ordinal

ANEXO “C”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Raquel Castro Condori, Enfermera de esta Institución y estudiante de la Segunda Especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; estoy realizando un trabajo de investigación titulado; **‘Efectividad de un Programa Educativo en el Incremento de Conocimiento sobre los Efectos Post-Operatorios Inmediato de los Pacientes Quirúrgicos del Hospital Militar Central Lima – Perú, 2005’** con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento que tienen acerca del cuidado postoperatorio.

Por tal motivo necesito su autorización y colaboración para responder al cuestionario que a continuación se presenta el cual tiene carácter anónimo.

Yo,.....
autorizo a la Licenciada en Enfermería para proceder a la aplicación del cuestionario en mi persona en calidad de paciente de esta institución.

Firma de la paciente

ANEXO “D”

CUESTIONARIO

I. INTRODUCCIÓN

Buenas tardes señores soy enfermera de esta institución y estudiante de la Segunda Especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y en esta oportunidad, me es grato dirigirme a Uds. deseando su colaboración para la resolución del presente cuestionario que tiene por finalidad identificar los conocimientos sobre los efectos post Operatorio inmediato de los pacientes quirúrgicos del Hospital Militar Central 2005, lo cual nos permite la implementación de un programa educativo que incremente sus conocimientos, para disminuir los efectos negativos en su recuperación post anestésica.

Agradeciendo anticipadamente su colaboración, me despido de Ud; mencionándole que es de carácter anónimo.

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente las preguntas

Marque con una X la respuesta y según sea verdadero o falso llene en los puntos suspensivos según crea conveniente.

II. DATOS GENERALES.

- Fecha
- Edad
- Grado de Instrucción
 - a.- Primaria ()
 - b.- Secundaria ()
 - c.- Superior Técnica ()
 - d.- Superior profesional ()

Procedencia

- a. Costa ()
- b. Sierra ()
- c. Selva ()

Cuántas veces ha sido intervenido quirúrgicamente

.....

¿Hace cuánto tiempo fue la última operación?

.....

III. PREGUNTA ESPECÍFICA

CAMBIOS CARDIO RESPIRATORIOS	V	F
1.- Los temblores en el cuerpo después de la operación son por efecto de anestesia		
2.- Si Ud. siente escalofríos y no le proporcionan abrigo se puede producir una presión arterial baja .		
3.- Al despertar de la. Anestesia , Ud. debe toser para eliminar las secreciones que dificultan la respiración .		

4.- Los ejercicios respiratorios facilitan que Ud. puede respirar mejor		
5.- El cambio de posición después de la operación disminuya las complicaciones respiratorias.		
6. La movilización después de la operación previene complicaciones.		
7.- Mantener la cabeza levantada inmediatamente después de la operación, le puede ocasionar dolor de cabeza por irrigación cerebral deficiente.		
CAMBIO GASTRO INTESTINALES	V	F
8.- Ud. Puede ingerir alimentos o agua inmediatamente después de la operación.		
9.- Inmediatamente al despertar de la anestesia Ud. puede y debe hablar normalmente.		
10.- Ud. no puede hablar después de la operación por que puede acumular gases.		
11.- El hipo después de la operación es por efectos de la anestesia.		
12.- Si Ud. tiene gases después de la operación, puede moverse para favorecer la eliminación .		
13.- Si Ud. ingiere agua inmediatamente después de la operación, puede vomitar o tener náuseas.		
CAMBIO RENALES URINARIOS	V	F
14.- El suero que Ud. le administra en la vena después de la operación , es para compensar los líquidos que perderá durante la operación y mantenerlo hidratado.		
15.- Con la administración de suero por la vena. Ud, debe miccionar normalmente.		
16.- Si Ud. no micciona después de la operación puede estar haciendo retención urinaria .		
17.- Debe miccionar después de la operación		
18.- Si Ud . no puede miccionar , debe preocuparse.		

19.- Cuando siente deseos de miccionar y no puede , es importante que le coloque una sonda para evacuar la orina.		
20.- La acumulación de orina en la vejiga incrementa el dolor de la herida operatoria .		
21.- El suero que Ud. la administra en la vena en el post. operatorio es para evitar el hambre.		
CAMBIOS DE LA PIEL Y LOS TEJIDOS	V	F
22.- La respiración profunda disminuye le dolor		
23.- La herida operatoria no debe causar dolor		
24. Si Ud. tiene dolor en la herida operatoria debe llorar o gritar.		
25.- Si Ud. tiene dolor moderado a intenso debe solicitar medicamento para el dolor inmediatamente .		
26.- la herida operatoria es dolorosa por el daño ocasionado a los tejidos durante el acto quirúrgico.		
27.- Es normal que la herida operatoria sangre hasta empapar toda la gasa colocada inclusive el refuerzo.		
28.- La herida operatoria puede sangrar ligeramente en el post operatorio inmediato.		
29.- La herida operatoria debe permanecer cubierta con las gasas húmedas		
CAMBIOS SENSORIALES	V	F
30.- Si Ud. al despertar de la anestesia no recuerda nada ¿debe preocuparse?		
31.- Si Ud. al despertar de la anestesia , no sabe donde se encuentra debe preguntar a la enfermera .		
32.- Es importante que las camas estén con las barandas levantadas cuando Ud. despierte de la anestesia		
33.- Puede mostrar intranquilidad o desorientación por efectos de la anestesia		

ANEXO “E”

TABLA DE CODIFICACIÓN

EDAD:

18 - 30 = 10

31 – 40 = 4

41 – 50 = 6

51 – 60 = 0

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Primaria = 0

Secundaria = 3

Sup. Técnica = 12

Sup. Profesional = 5

PROCEDENCIA

Costa = 11

Sierra = 5

Selva = 4

Cuántas veces ha sido intervenido quirúrgicamente

Primera vez = 12

Segunda vez = 8

ANEXO “F1”

TABLA MATRIZ

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EN EL INCREMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
EFECTOS POST. OPERATORIOS INMEDIATOS DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL PRE-TEST**

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2005

PRE - TEST

N° de perso nas	CAMBIOS CARDIORRESPIRATORIOS						CAMBIOS GASTROINTESTINALES						CAMBIOS RENALES ORINARIOS										CAMBIOS DE LA PIEL Y LOS TEJIDOS										CAMBIOS SENSORIALES					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33					
1.	2	0	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	0	2	38					
2.	0	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	38					
3.	0	2	0	2	0	0	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	0	2	0	2	2	2	0	2	0	0	2	0	0	2	2	0	2	36				
4.	2	2	2	0	0	0	0	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	2	0	2	0	34				
5.	0	0	0	2	2	0	0	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	0	2	0	2	2	0	2	2	0	38				
6.	0	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	40				
7.	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	36				
8.	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	2	2	2	2	0	0	2	0	2	32				
9.	2	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	0	2	32				
10.	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	56				
11.	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	0	2	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	0	0	34				
12.	2	0	0	2	0	0	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	38				
13.	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	2	0	2	2	36				
14.	0	0	0	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	2	32				
15.	0	2	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	2	38			
16.	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	0	38			
17.	0	2	0	2	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	42				
18.	0	2	0	2	2	0	0	2	2	0	0	2	0	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	36				
19.	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	38			
20.	2	2	0	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	0	2	2	38			

ANEXO “F2”

TABLA MATRIZ

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EN EL INCREMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
EFECTOS POST. OPERATORIOS INMEDIATOS DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL PRE- TEST
HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2005**

POST - TEST

N° de perso nas	CAMBIOS CARDIORRESPIRATORIOS						CAMBIOS GASTROINTESTINALES						CAMBIOS RENALES ORINARIOS										CAMBIOS DE LA PIEL Y LOS TEJIDOS										CAMBIOS SENSORIALES					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33					
1.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
2.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	66				
3.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	62				
4.	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	60				
5.	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	58				
6.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
7.	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
8.	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	60				
9.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62				
10.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
11.	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
12.	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
13.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62				
14.	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
15.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62				
16.	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64				
17.	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62				
18.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62				
19.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62				
20.	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	60				

ANEXO “G”

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

$$\sum x = 756$$

$$20$$

$$\bar{x} = 37.8$$

$$D \sum = \sqrt{199.2}$$

$$20$$

$$D \sum = \sqrt{9.96}$$

$$D \sum = 3.15$$

$$S = 9.96$$

Cálculo para la categorización de la variable de conocimiento promedio

$$\bar{x} = 37.8$$

Escala de Stanones, Stanones donde:

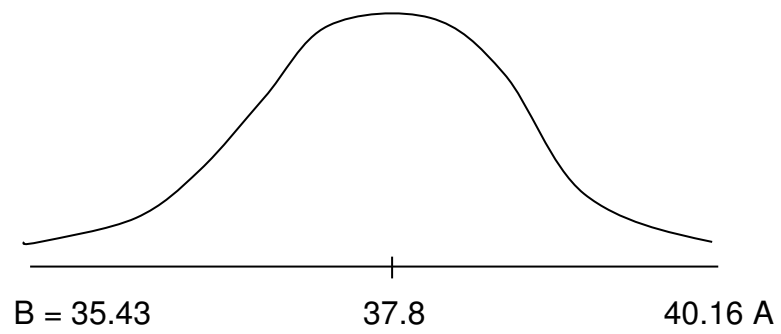
$$A = \bar{x} + 0.75 \times D.S.$$

$$B = \bar{x} - 0.75 \times D.S.$$

Reemplazando:

$$A = 37.8 + 0.75 \times 3.15 = 40.16$$

$$B = 37.8 - 0.75 \times 3.15 = 35.43$$



NIVEL ALTO = 40 – 66

NIVEL MEDIO = 36 – 39

NIVEL BAJO = 0 – 35

En la medición de la variable sobre cambios cardiorrespiratorios, se utilizó la Escala de Estanones, cuya fórmula es la siguiente:

$$a = x + 1 - 0.75 (a^2)$$

donde:

x = promedio

a^2 = desviación estándar

para hallar las mediciones se determinó el promedio y desviación estándar obteniéndose los siguientes valores:

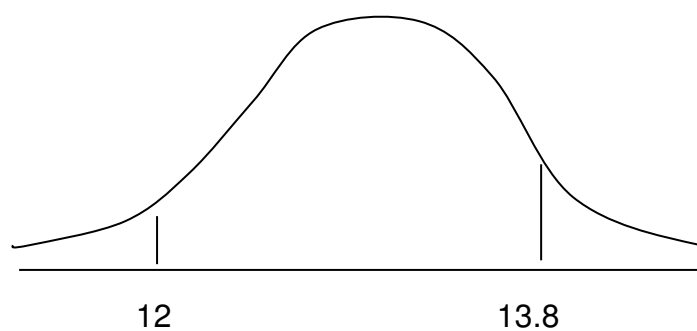
$$x = 12.9$$

$$a^2 = 1.3$$

NIVEL BAJO = 0 – 12

NIVEL MEDIO = 13.8

NIVEL ALTO = 14 - 16



- Dimensiones sobre cambios de la piel y tejidos

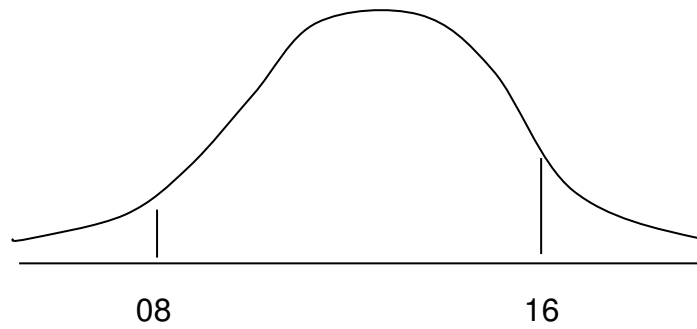
$$x = 13.6$$

$$a^2 = 0.8$$

NIVEL BAJO = 08

NIVEL MEDIO = 13

NIVEL ALTO = 14 - 16



- Dimensiones sobre cambios de la piel y tejidos

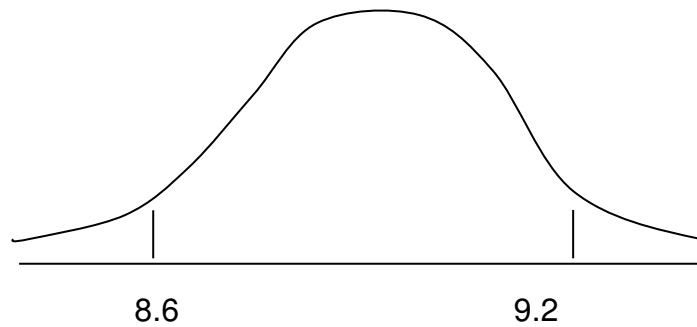
$$x = 9.2$$

$$a^2 = 0.8$$

NIVEL BAJO = 8.6

NIVEL MEDIO = 9.2

NIVEL ALTO = 9.8



- Dimensiones sobre cambios gastrointestinales

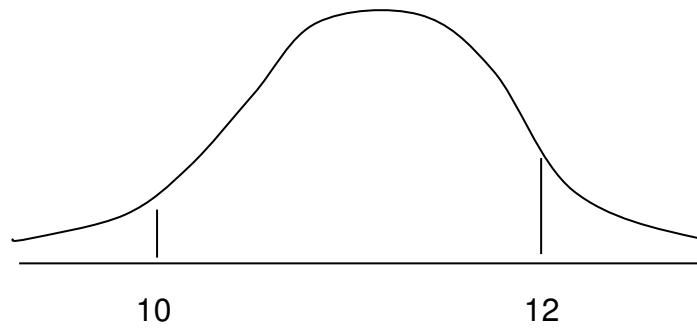
$$x = 11.9$$

$$a^2 = 1.12$$

NIVEL BAJO = 0-10

NIVEL MEDIO = 10-12

NIVEL ALTO = 13-14



- Dimensiones sobre cambios renales y urinarios

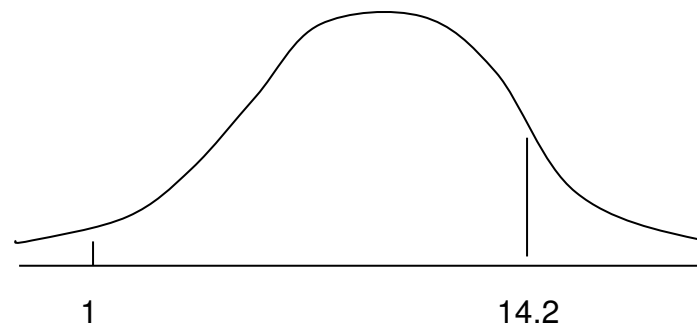
$x = 15$

$a^2 = 1$

NIVEL BAJO = 14.2

NIVEL MEDIO = 1

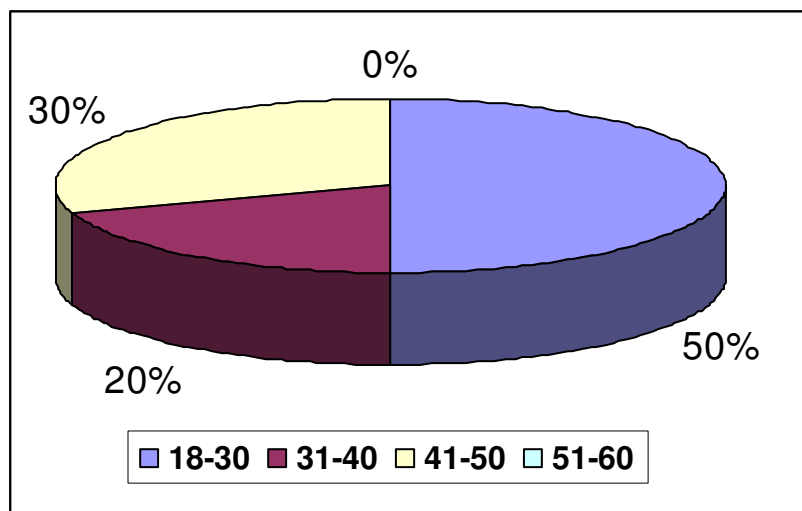
NIVEL ALTO = 15.75



ANEXO “H”

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NOVIEMBRE – DICIEMBRE
LIMA – PERÚ 2005**

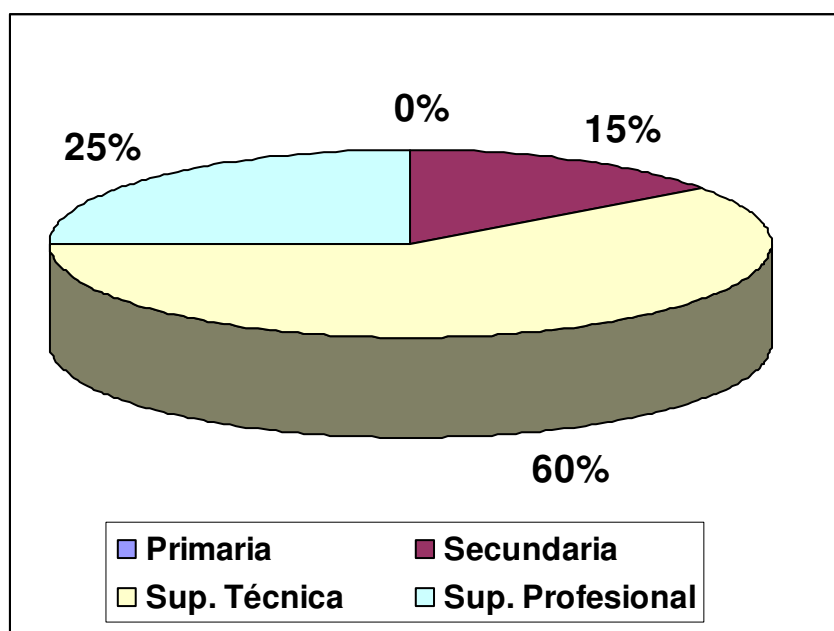
EDAD (AÑOS)	PACIENTES	
	Nº	%
18-30	10	50
31-40	4	20
41-50	6	30
51-60	0	0
TOTAL	20	100



ANEXO “I”

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE
LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NOVIEMBRE – DICIEMBRE
LIMA – PERÚ 2005**

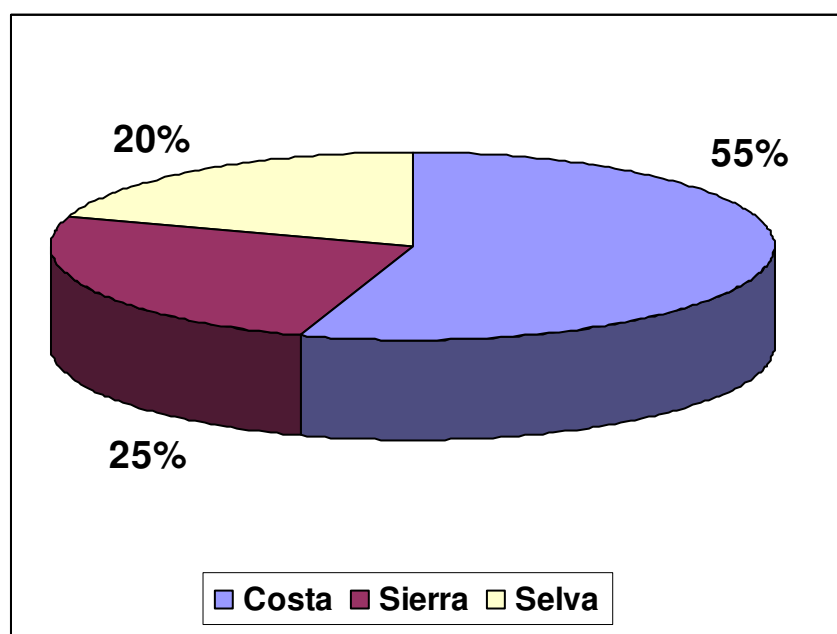
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PACIENTES	
	Nº	%
Primaria	0	0
Secundaria	3	15
Sup. Técnica	12	60
Sup. Profesional	5	25
TOTAL	20	100



ANEXO “J”

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES
QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NOVIEMBRE – DICIEMBRE
LIMA – PERÚ 2005**

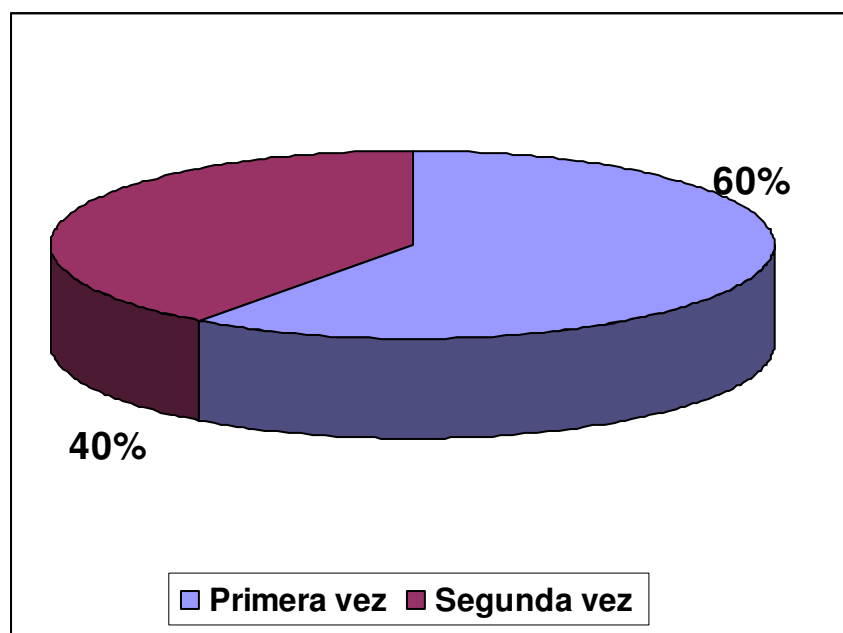
PROCEDENCIA	PACIENTES	
	Nº	%
Costa	11	55
Sierra	5	25
Selva	4	20
TOTAL	20	100



ANEXO “K”

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES POST OPERADOS
INMEDIATOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NOVIEMBRE – DICIEMBRE
LIMA – PERÚ 2005**

CUÁNTAS VECES HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE	PACIENTES	
	Nº	%
Primera vez	12	60
Segunda vez	08	40
TOTAL	20	100



ANEXO “L”

PRUEBA BINOMIAL

	1	2	3	4	5	6	Valor
1	1	1	1	1	1	1	0.10
2	1	1	1	1	1	1	0.10
3	1	1	1	1	1	1	0.10
4	1	1	1	1	1	1	0.10
5	1	1	1	1	1	1	0.10
6	1	1	1	1	1	1	0.10
7	1	1	1	1	0	0	3.44

SI = 1

NO = 0

ANEXO “M”

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Elaboración del proyecto	X	X	X	X					
Aprobación del proyecto					X				
Recolección de datos						X			
Primera versión del proyecto						X	X		
Revisión crítica									X
Elaboración de versión final y entrega									X

ANEXO “N”

PRESUPUESTO

Materiales y Recursos	Cantidad	Costo individual	Costo Total
A. RECURSOS HUMANOS			
ENFERMERA	01	-	00.00
B. COSTO DE MATERIALES			
- Papel bond A4	250 hojas	0.10	5.00
- Cuadernillos de papel cuadriculado	50 hojas	0.10	6.00
- Lapiceros	03	0.50	1.50
- Lápices	01	2.00	2.00
- Corrector	01	2.050	2.00
- Típeo	60	0.50	30.00
- Impresión	60	0.20	12.00
- Disquete	04	1.50	6.00
C. RECURSOS ECONÓMICOS			
- pasaje	20	1.00	20.00
- Internet	20	1.00	20.00
- fotocopia biblioteca	10 08	0.10	5.00 6.00
Costo Total			

ANEXO “O”

RECURSOS HUMANOS

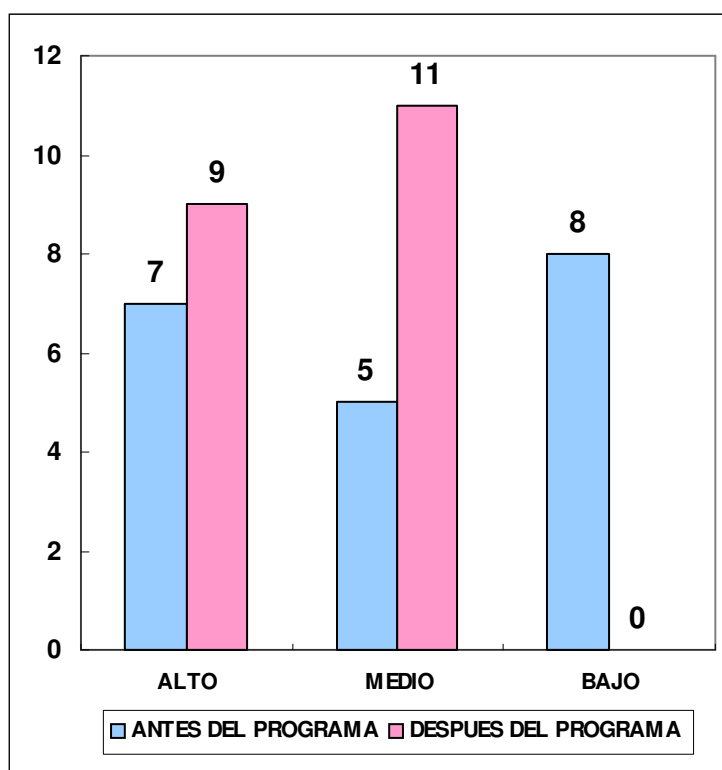
Cargo	Requisito	Condición	Funciones y Responsabilidades
Enfermera	Que labore dentro de la Institución	Ad-honore	<ul style="list-style-type: none">- Elaboración del proyecto- Toma de instrumento- Llenado de cuestionario- Preparación del Informe

ANEXO “P”

CUADRO Nº 1

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL
INCREMENTO DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS
EFECTOS POST-OPERATORIOS INMEDIATO
DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA – PERÚ
2005**

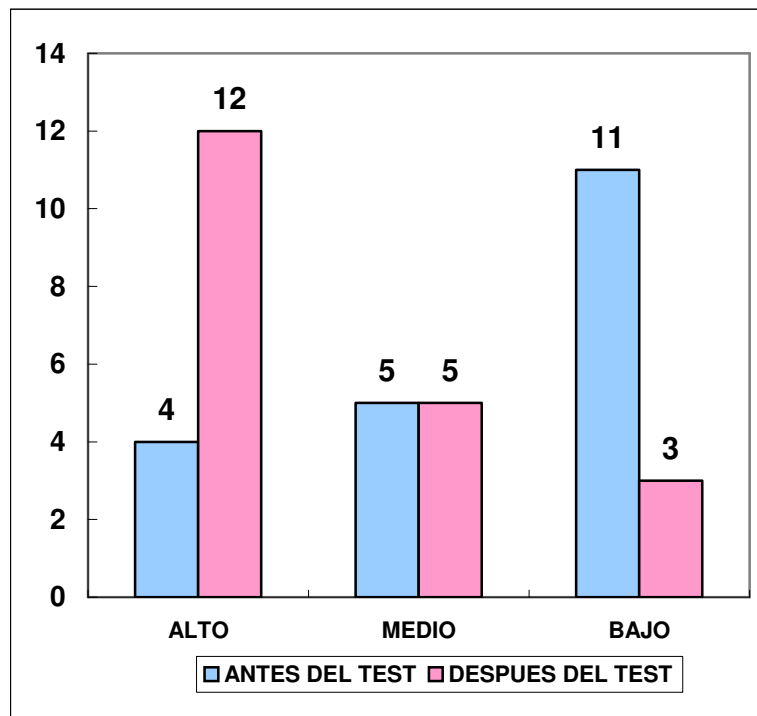
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ANTES		NIVEL DE CONOCIMIENTOS	DESPUÉS	
	Nº	%		Nº	%
ALTO	7	35	ALTO	9	45
MEDIO	5	25	MEDIO	11	55
BAJO	8	40	BAJO	-	-
TOTAL	20	100	TOTAL	20	100



CUADRO Nº 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS CARDIORESPIRATORIOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO, HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERÚ 2005

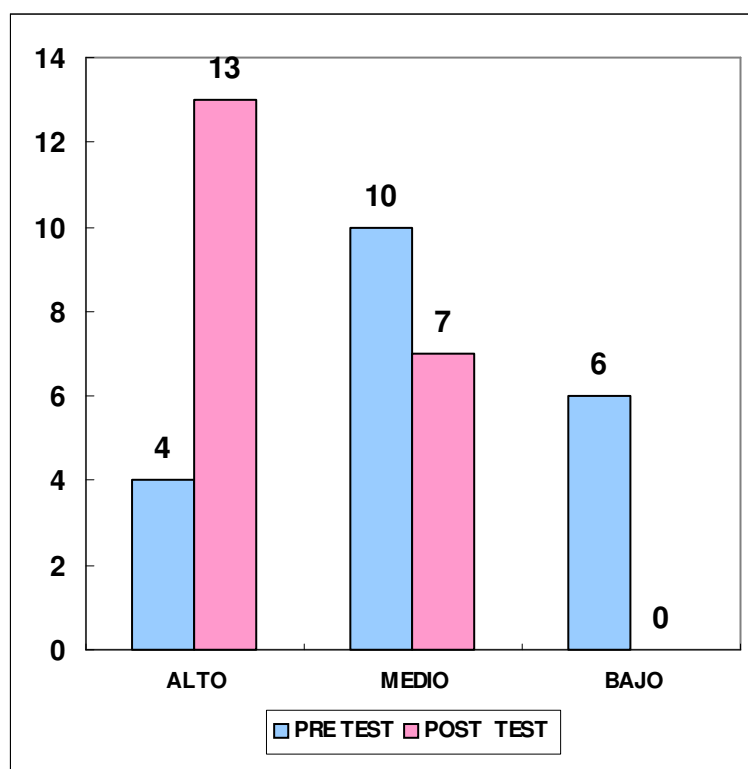
NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	12	60
MEDIO	5	25	05	25
BAJO	11	55	03	15
TOTAL	20	100	20	100



CUADRO N° 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS
GASTROINTESTINALES EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO
DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y DESPUÉS DEL
PROGRAMA EDUCATIVO, HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

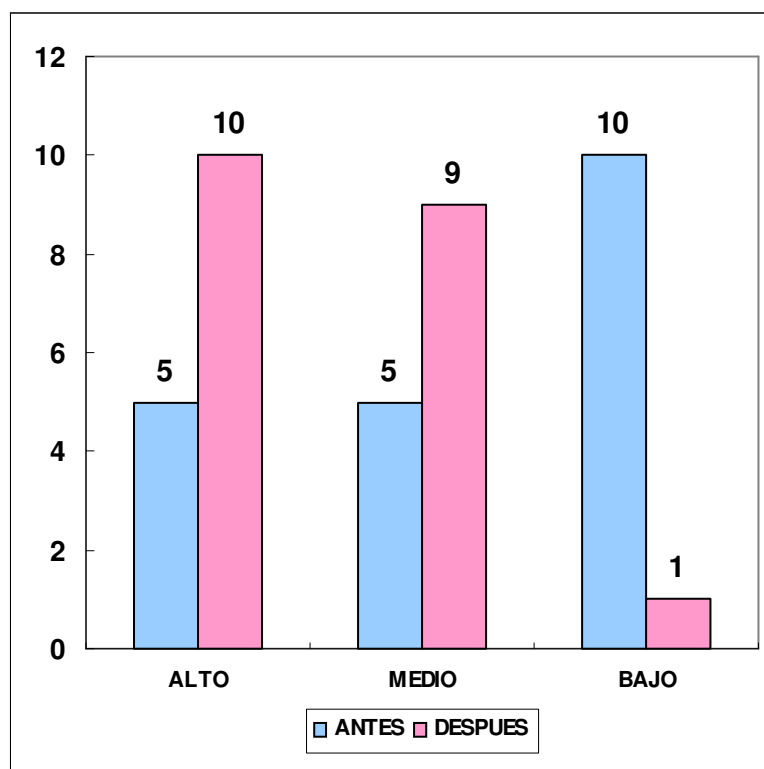
NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	13	65
MEDIO	10	50	7	35
BAJO	6	30	0	0
TOTAL	20	100	20	100



CUADRO Nº 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS RENALES Y
URINARIOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE LOS
PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES
Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO,
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

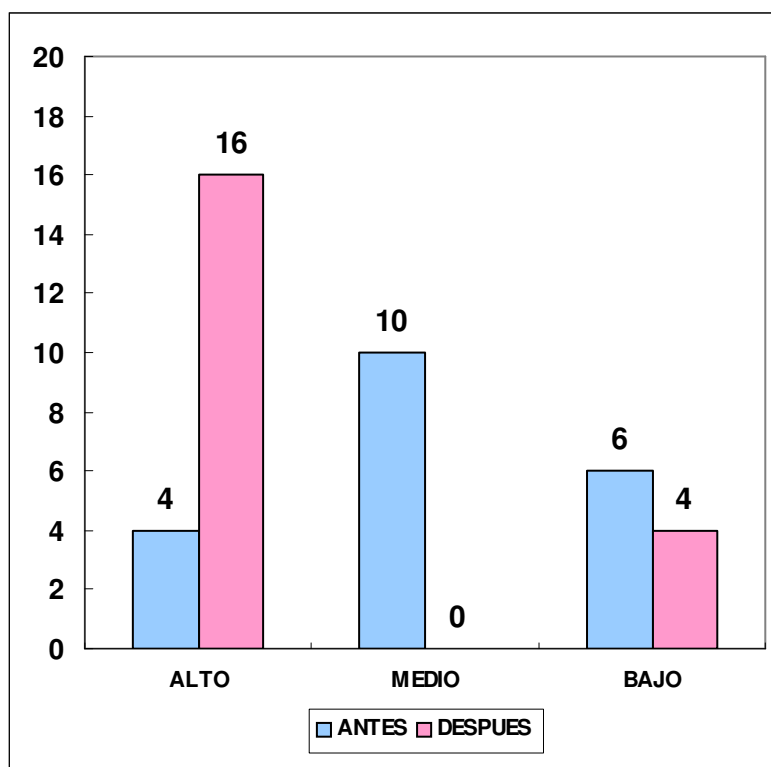
NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	5	25	10	50
MEDIO	5	25	9	45
BAJO	10	50	1	1
TOTAL	20	100	20	100



CUADRO Nº 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS DE LA PIEL Y
TEJIDOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE
LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y
DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO,
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA-PERÚ
2005**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	16	80
MEDIO	10	50	0	0
BAJO	6	30	4	20
TOTAL	20	100	20	100



CUADRO Nº 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CAMBIOS SENSORIALES EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS, ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO, HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERÚ 2005

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	4	20	16	80
MEDIO	11	55	0	0
BAJO	5	25	4	20
TOTAL	20	100	20	100

